

Care-Management in Europa – Fragmente

Die Gesundheitsversorgung ist für die Bevölkerung aller Länder von grosser Bedeutung. Das macht das Management der Gesundheitsversorgung (Care-Management) für alle Beteiligten zu einer anspruchsvollen Aufgabe. Die Aufgabe wird in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich gelöst. Und doch gibt es Gemeinsamkeiten.

Andy Kennedy¹

Das Thema «Care-Management in Europa» ist zu umfangreich, als dass es sich hier abschliessend behandeln liesse; doch es lässt sich fragmentarisch umreissen.

Fragment 1: Die Gesundheitsversorgung in der Politik

Zum Zeitpunkt dieses Schreibens, im September 2004, stellen die Kommentatoren der US-amerikanischen Präsidentschaftswahl die Prognose, dass jener Kandidat gewinnen werde, der die Wählerschaft am besten beteilige an den drei «grossen» Themen Krieg, Wirtschaft und

Gesundheitsversorgung. In Grossbritannien bereitet sich Premierminister Tony Blair für die Allgemeinen Wahlen im Jahr 2005 vor. Auch er betont die Rolle Grossbritanniens im «neuen Krieg» im Irak und beschäftigt sich mit dem Friedensprozess in Nordirland; er trifft Gewerkschaftsführer und versichert diesen, den Fokus auf die Verbesserung der Anstellungsbedingungen für die arbeitende Bevölkerung zu legen; und er und seine Labour-Party umwerben, ebenso wie alle anderen politischen Parteien, die Wählerschaft mit ihren Verbesserungsprogrammen für das Gesundheits- und das Bildungswesen.

Die Beispiele stammen zwar aus den (aussereuropäischen) USA und dem (eventual-europäischen) Grossbritannien. Dennoch veranschaulichen sie die Tatsache, dass Gesundheit zu Wahlzeiten (und manchmal über die Amtszeit aller Regierungen hinweg) einen Platz als politisches Schlüsselthema einnimmt. Wenn die Regierungen ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte festgelegt haben, müssen sie aber auch noch sicherstellen, dass diese bei den entsprechenden Gremien Priorität erhalten; dazu braucht es üblicherweise Geld, aber auch entsprechende Entscheidungen im Hinblick auf die beste Finanzierungsmethode. (In England beispielsweise ist es ein wichtiger Marker der politischen Orientierung, dass den allgemeinen Steuern als Finanzierungsmethode der Vorzug gegeben wird vor einer – nennen wir es «Kooperation mit Versicherungsgesellschaften».) Wenn eine bestimmte Gesundheitspolitik dann einmal, mittels Anreizen und Weisungen, als Priorität etabliert wor-



Andy Kennedy

den ist, muss sie schliesslich auch noch in die Arbeitsabläufe der zuständigen Organisationen des Gesundheitswesens integriert werden. Bei der praktischen Umsetzung einer Politik in einem System (unabhängig

«Gesundheit nimmt zu Wahlzeiten einen Platz als politisches Schlüsselthema ein.»

von dessen Grösse) zeigen sich immer grosse regionale Unterschiede – ganz besonders wenn damit Veränderungen oder Innovationen verbunden sind. Die Regierungen in ganz Europa unterschätzen häufig die immense Entfernung zwischen dem Formulieren einer Politik als rhetorischem Akt und der Umsetzung dieser Politik in der Praxis. Das führt zu Frustrationen und Entmutigungen und zu vorschnellen Versuchen, die Kontrolle auszudehnen oder neue politische Weisungen zu erlassen.

¹ Andy Kennedy ist Direktor von Lysis Consulting, London; Partner (Associate Fellow) des College-M in Bern und Executive Director der Winterthur Health Initiative.

Fragment 2: Vorstellungen von Europa

Die Gesundheitsversorgung in verschiedenen europäischen Ländern wird bekanntlich nach sehr unterschiedlichen Modellen erbracht, und es ist – auch wenn Ähnlichkeiten erkennbar sind – sinnlos beziehungsweise eine Zeitverschwendung, über etwas so Grosses und Uneinheitliches wie die «europäische Gesundheitsversorgung» nachzudenken. Trotzdem lässt sich sagen, dass die künftige gesundheitliche Versorgung der Europäer die Zukunft von «Europa» selber widerspiegeln, aber auch beeinflussen wird. Die Art, wie sich die künftige Gesundheitsversorgung in der Praxis manifestiert, wird Aufschluss darüber geben, welche Vorstellung Europa von sich selber hat und was die Mitgliedstaaten über ihre Beziehung zu anderen – ausserhalb ihrer eigenen Grenzen oder ausserhalb von Europa – denken.

Die Gesundheitsversorgung ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für politische Parteien, und hiermit ein wichtiges Merkmal der Beziehung zwischen Regierung und Regierten. Allerdings fallen Regierungen ihre politischen Entscheidungen vor dem beunruhigenden Hintergrund einer Weltwirtschaft, in der die Kontrolle über die Schlüsselressourcen so aktiv und heftig umkämpft wird, dass für gewisse Nationalstaaten das schiere Überleben unsicher ist. Innerhalb von Europa selber besteht eine konstante Gefahr, dass extreme Sicht- und Verhaltensweisen zu einer so starken Polarisierung in der Beziehung zwischen verschiedenen Gruppen von Bürgern oder zwischen dem Staat und einigen Bürgern führen, dass der Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Versorgungsleistungen zum Spielball für Ausschluss- oder Repressionsprozesse wird. Wir sollten nicht selbstgefällig glauben, dass das künftige Europa ein Europa sein wird, das den Beitrag aller Menschen (ob sie nun von innerhalb oder ausserhalb der europäischen Grenzen kommen) bezüglich Kultur, Energie und Fähigkeiten anerkennt. Die noble Vision von Europa als eines mächtigen, aber auch mitfühlenden

Gebildes wird nie ein für allemal erreicht worden sein, sondern kann nur durch kontinuierliche und ausdauernde Anstrengung angestrebt werden.

Fragment 3: Spannungen und Probleme

Es hat sich eingebürgert, die Gesundheitsversorgung als problematisch und entwicklungs- und reformbedürftig zu betrachten. Für mindestens das letzte Jahrzehnt wurden die folgenden drei Imperative beziehungsweise Konfliktfelder als spannungsgeladen und als Quelle von Schwierigkeiten dargestellt:

■ **Demografische Veränderung:** Gemeint ist erstens die steigende Zahl älterer Menschen mit komplexen Gesundheitsbedürfnissen und zweitens die im Vergleich zur Zahl der älteren «Gesundheitskonsumenten» abnehmende Zahl junger Werktätiger, die einen Beitrag zum Bruttoinlandprodukt eines Landes leisten können.

■ **Technologische Entwicklung:** Gemeint ist die zunehmende Zahl und der steigende Entwicklungsstand der Interventionen (z.B. chirurgischer oder pharmazeutischer Art), welcher vormals unbehandelbare Krankheiten behandelbar macht. Solche Interventionen können teuer sein, und ihre nicht vorkalkulierbare Verfügbarkeit (und Wünschbarkeit) kann einen substanziellen Einfluss auf die finanzielle Überlebensfähigkeit eines Systems haben.

■ **Zunehmende Patienten-(oder Bürger- oder Konsumenten-)erwartungen:** Gemeint ist einerseits das Bedürfnis der Menschen nach raschem Zugang zu allen Formen der Grund- und Spezialversorgung sowie nach einem Informationsstand und einem Grad der Beteiligung am Behandlungsprozess, wie sie für die vorangehende Generation undenkbar gewesen wären. Andererseits geht es um den Trend, die Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als etwas zu betrachten, was viel mit anderen Formen des Konsums gemeinsam hat, und deshalb bei Unzufriedenheit oder Verdacht auf Misserfolg auf gerichtli-

chem Weg Wiedergutmachung anzustreben.

Längerfristige Veränderungen der Regierungsgewohnheiten sowie die genannten drei Entwicklungen haben dazu geführt, dass sich die Regierungen überall in Europa darauf eingelassen haben, die politischen Kosten einer Begrenzung oder gar Reduktion der Gesundheits- und Sozialausgaben auf sich zu nehmen. Das hatte vielfältige und komplexe Folgen; eine davon war der unerwartete Prestige-Verlust des Medizinberufes und die daraus folgenden Schwierigkeiten bei der Rekrutierung geeigneter Kandidaten (wie auch immer diese definiert werden) für den Arztberuf. Bereits heute sind viele Praxisstellen unbesetzt, insbesondere auf dem Land, und dieser Trend wird sich vermutlich sogar noch verschärfen. Die heutigen Ärzte mussten erleben, dass ihre historische Dominanz in gewissen Tätigkeitsbereichen in Frage gestellt wurde (z.B. durch Pflegende), und viele haben sich entschlossen, ihre öffentliche Verfügbarkeit einzuschränken (z.B. mittels geringerer Bereitschaft zu Notfalldiensten). Alle Beteiligten wissen, dass Gesundheitsversorgung viel mehr ist als nur die Arbeit von Ärzten; aber de-

«Der moralisch handelnde Manager kämpft dauernd darum, einen Weg zu finden zwischen verschiedenen Forderungen und konkurrierenden Zielen.»

ren Dominanzanspruch des gesamten letzten Jahrhunderts hat recht effizient sichergestellt, dass ihre wissens- und kompetenzmässige Überlegenheit allgemein anerkannt wurde. Regierungen und andere Kostenträger riskieren, die Patientenerwartungen zu enttäuschen, wenn sie versuchen, die Folgen der Kosten- und Rekrutierungsprobleme durch neue Behandlungsformen unter Einbezug anderer Gesundheitsberufe zu mildern.

Fragment 4: Care-Management

Gemanagte Versorgung (Managed Care) heisst vieles. In dieser Hinsicht (wie in anderen auch) zeichnen sich die Nationalstaaten Europas durch qualitative und quantitative Vielfalt und Variabilität aus. Überall aber ist die Gesundheitsversorgung bedeutsam für die Beziehung zwischen Regierung und Volk – und deshalb anfällig für Manipulation und Fremdeinflüsse. Wenn eine angemessene Verbindung zwischen den individuellen und kollektiven Bedürfnissen und Wünschen im Hinblick auf Inhalt, Form und Stil der Gesundheitsversorgung und der tatsächlichen Gestalt der angebotenen Leistungen angestrebt wird, so ist dies ein Zeichen einer zivilisierten Gesellschaft. Es ist aber auch ein Zeichen eines Managed-Care-Systems. Für eine solch explizite Verbindung braucht es nicht unbedingt ein vom Staat geführtes Versorgungssystem, wie es der britische National Health Service darstellt, aber es braucht *Management*.

Management kann viele verschiedene Manifestationsweisen haben, von denen einige im Rahmen des Gesundheitssystems höchst umstritten sind. Weit gehend einig ist man sich aber darüber, dass Manager im Gesundheitswesen, wenn es sie dann schon geben muss, *effektiv* sein sollten. Deshalb und weil sie sich zudem nicht der Tyrannei des «gesunden Menschenverstands» und der nicht hinterfragten Fortschreibung des Status Quo beugen sollen, sollten sie in ihre Arbeit die besten verfügbaren Beschreibungen und Modelle der zwischenmenschlichen Interaktion einbeziehen. Das ist immer dann unverzichtbar, wenn mächtige Mitglieder von Organisationen im Namen von Gemeinwohl, Multidisziplinarität, persönlicher oder beruflicher Freiheit oder Eigeninteresse versuchen, die Kooperation zu intensivieren oder aber zu unterlaufen.

Manager im Gesundheitswesen müssen auch *ethisch* effizient sein. Wenn sie versuchen, einen gangbaren Weg zu finden zwischen Verschiebungen in der Regierungspolitik und Veränderungen der öffentlichen Erwartung, und wenn sie knifflige Ent-

scheidungen über den Einsatz von Ressourcen umzusetzen haben, müssen Manager sowohl anständig als auch effektiv handeln. Die moralisch handelnde Person (und der moralisch handelnde Manager) ist nicht eine, die mit unflexibler Bestimmtheit auftritt, sondern eine, die dauernd darum kämpft, einen Weg zu finden

«**Alles, was nach einer Beschneidung der professionellen Autonomie riecht, wird als zutiefst verdächtig betrachtet werden.**»

zwischen verschiedenen Forderungen und konkurrierenden Zielen. Um ihre Rolle anständig wahrzunehmen, müssen Manager im Gesundheitswesen deshalb der Moralphilosophie ebenso viel Aufmerksamkeit widmen wie der Ökonomie und der Soziologie.

Fragment 5: Reform-Management

Überall in Europa wird die bestehende Gestaltung der Gesundheitsdienstleistungen von den Patienten gerne kritisiert: Es sei schwierig, rechtzeitig Zugang zu bezahlbaren spezialisierten Diensten zu erhalten; und es mangle an Koordination und Integration zwischen verschiedenen Einrichtungen und organisatorischen Subsystemen. Nicht alle Regierungen in Europa haben das Ziel, die Gesundheitsversorgung für ihre Bürger über direkte Steuern sicherzustellen, aber alle legen einigen Wert darauf, dass ein sozial gerechtes und qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Vielerorts besteht ein Bedarf, die Kostenspirale unter Kontrolle zu bringen und zugleich das Angebot besser an die Ziele und Erwartungen der Bürger anzupassen. In einem Wort: Es besteht ein Bedarf nach *Reform* in den Gesundheits- und Sozialsystemen.

Der Managed-Care-Ansatz kann als Vehikel für Reform verstanden werden, indem er eine Form des Um-

gangs mit konkurrierenden politischen Prioritäten darstellt und indem er Spannungen zwischen widersprüchlichen Formen des Umgangs mit Wissen und mit Staatsbürgertum zu lösen sucht. Insofern ist Managed Care attraktiv für Finanzierer und kann den Systemnutzern positiv vermittelt werden. Nur wenige Angehörige der Gesundheitsberufe werden echten Widerstand leisten gegen Innovation und gegen eine Reform, die glaubhaft dem «Patientennutzen» dient. Dagegen wird alles, was nach einer Beschneidung der professionellen Autonomie riecht (wie zum Beispiel im Voraus getroffene Entscheidungen zur Mittelallokation oder multidisziplinär konzipierte Behandlungsrichtlinien) als zutiefst verdächtig betrachtet werden. Unter solchen Umständen sind die Redlichkeit von Managern und ihre Fähigkeit, den Sinn ihres Handelns klar darzulegen, von grösster Wichtigkeit.

Es sind unsere Verletzlichkeit und unsere Anfälligkeit für Probleme und Krankheiten, die uns als menschliche Wesen auszeichnen und miteinander verbinden, nicht unsere selbstverständliche Eigenständigkeit und Unabhängigkeit in Zeiten glänzender Gesundheit. Es sind der Mut, etablierte Interessen und Praktiken zu hinterfragen, und die Beharrlichkeit, unablässig einen Weg des Suchens zu gehen, die einen guten Manager im Gesundheitssystem ausmachen, nicht das unflexible Verteidigen einer vorbestimmten Position. ■

Autor:

Andy Kennedy

Director of Lysis Consulting
London

E-Mail: andy@lysisconsulting.co.uk

Übersetzung aus dem Englischen:
Rita Schnetzler

The english version of this article is available in the internet: www.ManagedCareInfo.net